FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

N° 162

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Février 1910 à une heure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

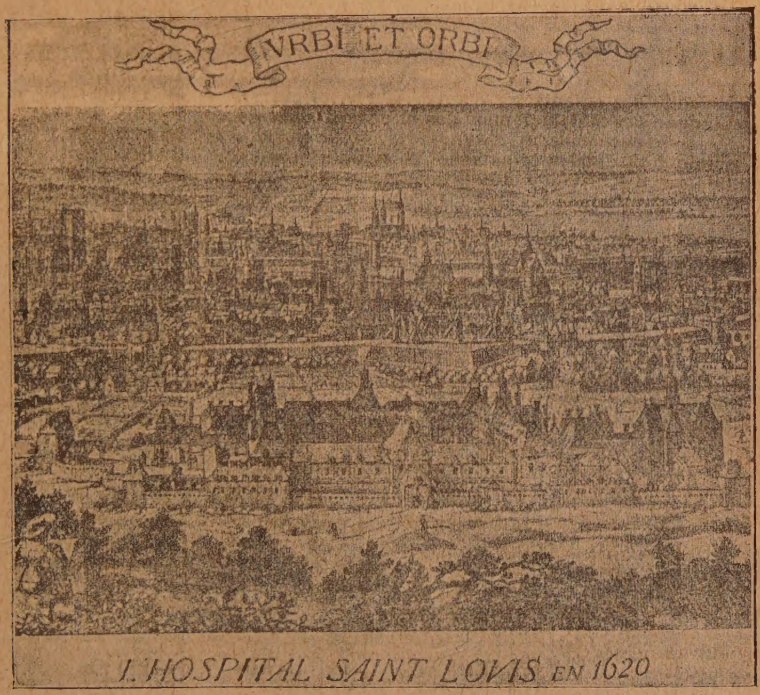
PHLÉBITES ET THROMBO-PHLÉBITES

BLENNORRHAGIQUES DES VEINES DE LA VERGE

PAR

Roger DREYFUS

Né a Saint-Mandé (Seine) le 20 Juillet 1883



Président:	M. GAUCHER	*Professeur.*
Juges. . .	MM. TEISSIER	*Agrégés.*
	LEGRY	
	ANDRÉ JOUSSET	

PARIS

JULES ROUSSET ÉDITEUR

1, CASIMIR-DELAVIGNE ET 2, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY, HUTINEL.
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANCON (Fernand)	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Hommage de filiale affection
et de profonde reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A LA MEMOIRE DE M. BISCHOFFEN

ET A M. GUILLAUME BAER DE PARIS

Sentiments de vive gratitude.

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

M. le Docteur DIDIER, médecin des hôpitaux.

M. le Docteur BATAILLE, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur CERNÉ, chirurgien des hôpitaux.

M. le Docteur LEREFAIT, chirurgien honoraire des hôpitaux.

M. le Professeur DEVÉ, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur MARTIN, professeur de clinique obstétricale.

M. le Docteur VALLÉE, chef de clinique, chirurgien des hôpitaux.

M. le Docteur MAGNIAUX, chirurgien de la Maternité.

M. le Professeur François HUE, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur JEANNE, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur LONGUET.

M. le Professeur HALIPRÉ, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur BRUNON, médecin des hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

Ex-chef de Clinique de l'Ecole de Médecine
Médecin des Hôpitaux de Rouen

Hommage reconnaissant.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

La blennorrhagie était considérée jusqu'à ces dernières années comme une affection exclusivement locale et à complications limitées.

La découverte du gonocoque de Neisser et la constatation de sa présence dans les épanchements des diverses séreuses et dans le sang lui-même ont permis d'affirmer la possibilité de manifestations inflammatoires à distance et même d'infections gonococciques généralisées.

Entre autres manifestations à distance de la blennorrhagie, la phlébite des veines des membres a été tout particulièrement étudiée en ces dernières années. Mais il est une catégorie de phlébites blennorrhagiques, celles des veines de la verge dont peu d'observations détaillées ont été publiées jusqu'à ce jour et dont la physionomie clinique, du fait même de la rareté de cette complication, n'a pas encore été suffisamment précisée.

Il est même permis de penser que sa prétendue rareté tient à ce qu'étant mal connue, elle a du être fréquemment confondue avec d'autres affections présentant des symptômes communs. D'ailleurs dans une observation de notre travail nous verrons que la lymphangite de la verge et même le chancre induré ont pu être confondus avec une phlébite blennorrhagique de cette même région.

Historique

Jusqu'à ces dernières années aucun auteur ne mentionne avec quelques détails, la phlébite des veines de la verge. En 1898, Guiard, dans son ouvrage sur les complications locales et générales de la blennorrhagie, consacre un court article à la phlébite des veines de la verge. Il la considère comme une complication très rare, et en donne un tableau symptomatique très succinct. Il distingue la phlébite des veines dorsales de celle des veines caverneuses qu'il prétend avoir été observées encore plus rarement que les premières. Et il termine en rappelant, comme l'avait fait Jullien précédemment, deux observations de Richet et de Voillemier dans lesquelles des caillots ont été constatés dans les corps caverneux. Dans un premier cas les corps caverneux avaient été seuls atteints et ils avaient présenté une érection persistante tandis que le gland était flasque et mou. Dans la deuxième observation l'érection fut complète et persistante et à l'autopsie, on trouva des caillots dans la veine dorsale aussi bien que dans les veines caverneuses.

Depuis cette publication de Guiard, on trouve peu de travaux précis sur ce sujet. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la blennorrhagie ou n'en font pas mention dans leurs ouvrages, ou ne font qu'indiquer la possibilité de cette complication. Finger lui-même, dans la nouvelle édition de son ouvrage sur la blennorrhagie, passe complètement sous silence la phlébite des veines de la verge.

En mai 1891, Noguès avait publié dans les annales des organes génito-urinaires une observation sur un cas de phlébite des plexus périprostatiques.

En 1906, Jullien dans un ouvrage intitulé la blennorrhagie. formes graves et peu connues, a relaté un cas où une thrombo-phlébite avait envahi le plexus périprostatique chez un malade atteint d'abcès de la prostate.

En 1900, Battut a publié dans le journal des maladies vénériennes et cutanées une observation détaillée d'un malade qui présenta une gangrène du gland, du prépuce et de l'urèthre antérieur, occasionnée par une phlébite blennorrhagique des corps caverneux. Cette observation est également rapportée par Garnier dans sa thèse sur la blennorrhagie et la gangrène les organes génitaux externes.

En 1904, Heller et Sasserath ont étudié la phlébite blennorrhagique, mais ayant surtout en vue les complications blennorrhagiques sur les veines des membres, ils ont à peu près complètement négligé la phlébite des veines de la verge.

Il nous faut arriver jusqu'à Voss en 1905 pour trouver une observation détaillée d'un cas de phlébite de la veine dorsale de la verge.

L'année suivante, le docteur Payenneville, médecin des hôpitaux de Rouen, publiait dans les annales des maladies vénériennes, deux observations détaillées de thrombo-phlébite de la veine dorsale superficielle de la verge. Et ayant eu l'occasion, dans le cours de notre pratique hospitalière d'observer trois nouveaux cas de cette complication, nous avons conçu l'idée, en ayant recours aux bienveillants conseils du docteur Payenneville, de rassembler les différentes observations de phlébite des veines de la verge, publiées jusqu'à ce jour. et d'en préciser la pathogénie et le tableau clinique.

Pendant que nous mettions la dernière main à notre modeste travail, le docteur Cortin soutenait devant la Faculté de médecine de Paris une thèse consacrée également à la thrombo-phlébite blennorrhagique des veines de la verge. Son ouvrage outre des vues nouvelles sur la pathogénie de cette affection apportait une observation inédite de phlébite blennorrhagique de la verge.

Pathogénie.

Les auteurs, qui se sont occupés de cette question jusqu'à ce jour sont d'accord sur la relation directe des phlébites blennorrhagiques en général avec l'agent infectieux, c'est-à-dire le gonocoque. Mais il n'en n'est plus de même quand il s'agit d'établir si la phlébite blennorrhagique des veines de la verge est une complication locale, ou bien une complication générale de la blennorrhagie. Avant de discuter cette question disons que la phlébite blennorrhagique des veines de la verge survient le plus habituellement du 15e au 20e jour chez les malades présentant des symptômes assez intenses de blennorrhagie. De plus, la plupart de nos observations nous montrent que l'apparition de cette complication, accompagne une inflammation de voisinage soit à la vessie, soit à l'épididyme où à la prostate. Elle disparaît brusquement et sans qu'une cause occasionnelle quelconque, fatigue ou autre, comme dans les phlébites des membres, par exemple puisse l'expliquer.

C'est pourquoi des vénéréologistes autorisés comme Balzer dans le traité de médecine au chapitre des maladies vénériennes ont invoqué uniquement la propagation au système veineux pénien par voisinage de l'infection initiale. Dans le même chapitre Balzer distingue la phlébite blennorrhagique et la phlébite par infection générale.

Balzer ne cherche pas d'ailleurs à préciser davantage le mécanisme de cette propagation. Dans le très court article

qu'il consacre aux phlébites blennorrhagiques, il ne fait aucune allusion à la phlébite des veines de la verge et il est certain qu'il n'avait en vue que la phlébite des membres.

Plusieurs questions s'offrent donc à notre examen à propos de la pathogénie de la phlébite des veines de la verge.

En premier lieu nous allons chercher à déterminer si elle résulte de la propagation directe de l'agent infectieux de la lésion uréthrale jusqu'à la vessie, ou bien si le passage du gonocoque se fait d'abord dans la circulation générale, la localisation sur la vessie étant postérieure à cette gonococchemie.

Voss penche en faveur de la propagation par voisinage. Dans une observation de phlébite blennorrhagique des veines de la verge accompagnée de l'examen histo-bactériologique de la partie thrombosée de la veine, il expose comme il suit les lésions, en reconnaissant n'avoir pu déceler le gonocoque au niveau des lésions : « Les parois des veines ne sont que partiellement intactes. Aux veines totalement thrombosées se trouvent deux anneaux concentriques d'éléments élastiques relativement bien conservés, avec la tunique musculaire. Aux deux veines qui présentent des thrombus plus récents, la paroi est détruite complètement çà et là par l'infiltration micro-cellulaire de voisinage, par disparition ou pénétration réciproque des éléments faisant partie intégrante de la paroi. Je pense, dit Voss, que la phlébite blennorrhagique a pris naissance par la continuation directe de l'inflammation sur les voies lymphatiques jusqu'aux parois vasculaires. L'infiltration s'avançant par les voies lymphatiques jusqu'aux parois vasculaires a d'abord atteint les vaisseaux capillaires puis la paroi des vaisseaux dans

son intégrité, déterminé une endophlébite et occasionné ainsi une thrombophlébite des veines.

Donc pour Voss, la phlébite des veines de la verge paraît consécutive à une lymphangite locale résultant elle-même de l'effraction par le gonocoque de la muqueuse uréthrale, et de la paroi des vaisseaux blancs. Toutefois l'auteur fait une réserve en ajoutant qu'il n'a pu trouver de gonocoques ni dans les thrombus ni dans les infiltrats périphériques.

Une autre théorie cherche à expliquer l'apparition de la phlébite blennorrhagique des veines de la verge par le passage du gonocoque dans la circulation générale et sa localisation secondaire au niveau d'une veine de la verge.

La découverte du gonocoque dans le sang circulant est relativement récente. Cependant la thèse de Faure Beaulieu paru en 1906 sur la septicémie gonococcique contient 54 observations d'infection blennorrhagique avec localisations variées, où la recherche du gonocoque dans le sang a été positive.

Dans son article sur cette question, paru dans les annales génito-urinaires en 1908, Payenneville rapportait une observation de phlébite de la verge avec examen du sang et recherche négative du gonocoque. Depuis cette époque il a réussi à déceler dans le sang d'un autre malade atteint de la même complication, la présence du gonocoque.

La théorie de l'origine sanguine des phlébites blennorrhagiques de la verge se trouve être renforcée par suite de la publication d'assez nombreuses observations de complications métastatiques de la blennorrhagie avec recherche positive du gonocoque dans le sang. Dernièrement le professeur Dieulefoy, dans une communication à l'Académie de médecine, a exposé minutieusement deux observations de malades atteints de septicémie gonococcique, pour lesquels

on avait fait le diagnostic de fièvre typhoïde et dont ils présentaient d'ailleurs le cortège des symptômes habituels. Seuls, une rémission de température insolite vers le 10e jour, et des sueurs profuses firent douter du diagnostic. L'examen du sang fut pratiqué et révéla la présence de nombreux gonocoques absolument typiques, ce qui permit de rétablir le diagnostic exact.

Par conséquent la possibilité d'une septicémie gonococcique, est démontrée et il est logique de soutenir que la phlébite des veines de la verge peut représenter une forme atténuée de cette septicémie. Cette théorie n'exclut pas d'ailleurs celle de la propagation par les lymphatiques et il serait téméraire en l'état actuel de la question, de vouloir trancher entre les deux écoles. La rareté des vérifications anatomo-pathologiques résultant de la bénignité de cette affection représente un sérieux obstacle à l'étude de la pathogénie de l'affection qui nous occupe. Mais il serait intéressant dorénavanl dans les cas de phlébite blennorrhagique des veines de la verge, de faire systématiquement la recherche du gonocoque dans le sang.

Si nous voulons approfondir un peu plus la pathogénie de la phlébite blénnorrhagique des veines de la verge, il nous reste à étudier les différentes théories qui ont été exposées à propos de l'agent infectieux qui empruntant la voie sanguine va donner des complications distantes du point primitivement infecté. Autrement dit le gonocoque suffit-il à expliquer la lésion veineuse.

Dans un travail critique d'ensemble sur la question, le premier depuis l'ère bactériologique, Abel Souplet dans sa thèse (1893) étudie trois causes d'infection générale dans la blennorrhagie.

1) infection par le gonocoque lui-même ;

2) infection par le gonocoque associé à d'autres microbes ;

3) infection par des microbes vulgaires sans participation du gonocoque.

Sans se prononcer sur ces différentes théories, l'auteur concluait : il faudrait étudier l'état du sang chez les blennorrhagiques avant de rien conclure de précis.

Etant donné que la toxine blennorrhagique n'est pas isolable du gonocoque lui-même et que seul le gonocoque à l'exclusion de tout autre germe infectieux a été rencontré dans le sang des malades atteints de complications générales de la blennorrhagie, nous sommes autorisés à conclure que la thrombo-phlébite blennorrhagique des veines de la verge comme toutes les autres complications, est due au gonocoque de Neisser.

Anatomie des Veines de la Verge

Les veines de la verge comprennent deux groupes différents par leur origine, leur trajet et leur terminaison, mais étroitement unis par de nombreuses anastomoses : 1° le réseau superficiel ; 2° le réseau profond.

Le réseau superficiel comprend les veines qui font suite à celles des enveloppes de la verge. Elles prennent naissance par de fins rameaux à l'extrémité distale de la verge. D'abord dirigées en bas et en arrière de chaque côté du frein, elles remontent pour la plupart de chaque côté de la verge pour se collecter dans un tronc commun situé sur la face dorsale de la verge.

Quelques-unes cependant suivent une autre voie : elles répondent à la partie la plus reculée de la face inférieure de la verge, se réunissent aux veines du scrotum avec lesquelles elles ont des terminaisons communes.

La veine dorsale superficielle, ainsi que l'indique son nom, suit le tissu cellulaire sous-cutané immédiatement au-dessous du dartos ou muscle péripénien, séparée du système profond par le fascia pénien qui continue sur la verge l'aponévrose superficielle du périnée et le ligament suspenseur.

Suivant son trajet vers la racine de la verge, elle reçoit chemin faisant, des branches petites et nombreuses qui lui amènent le sang des enveloppes superficielles. Arrivée à la racine du pénis au niveau du ligament suspenseur, elle peut rester unique et dans ce cas se jeter dans l'une ou l'autre des deux veines saphènes internes, le plus souvent la gauche, et elle se met ainsi en rapport avec le réseau veineux de la paroi abdominale. Mais quelquefois aussi elle

se bifurque dans cette région et se termine dans la saphène de l'un et l'autre côté.

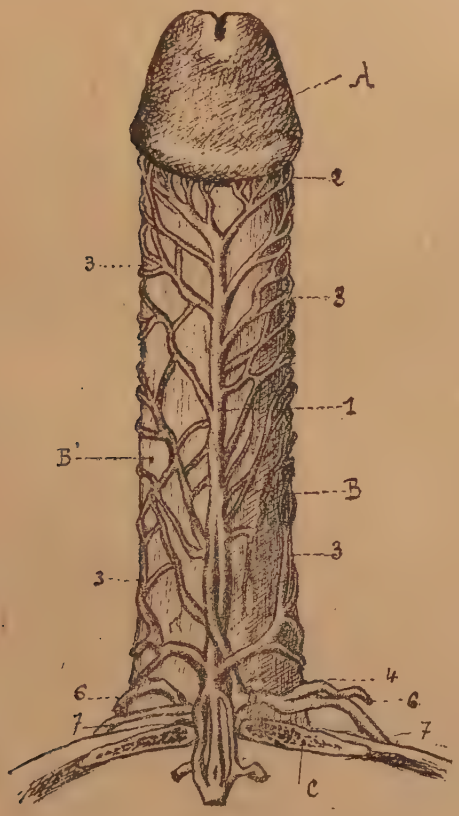


Fig. 1

Il existe quelques variantes (Fig. 1) quelquefois, dit Testut, souvent d'après Poirier, la veine dorsale est double dans toute son étendue. Elles suivent, en ce cas un trajet parallèle et échangent fréquemment des anastomoses.

D'après Poirier, il existerait de façon constante une anastomose en avant. Testut a vu la veine dorsale superficielle se rendre directement à la veine fémorale en traversant l'un des orifices du fascia cribriformis.

Quoique séparée de la veine profonde par le fascia pénis, elle est en relation avec elle en arrière du gland ainsi qu'au devant de la symphise pubienne.

Elle est accompagnée dans son trajet par les lymphatiques

habituellement réunis en deux troncs ou ne formant qu'un seul tronc. Ils aboutissent aux ganglions inguinaux, dans le ganglion le plus élevé du groupe supéro-interne. Souvent d'ailleurs ils vont aux ganglions du côté opposé après s'être entrecroisés (adénite droite dans le cas d'ulcération de la moitié gauche du prépuce).

Le réseau profond des veines de la verge fait suite aux artères des organes érectiles : celles du corps spongieux et des corps caverneux. Ces artères aboutissent en définitive à deux sortes de terminaison : les capillaires nourriciers des trabécules et les capillaires formant le réseau fonctionnel ou érectile. On peut étudier séparément les veines du corps spongieux et celles du corps caverneux.

Les veines du corps spongieux comprennent celles du gland et celles de la partie moyenne du bulbe.

Les veines du gland, parties de l'extrémité de l'organe se portent en arrière vers sa base et forment dans le sillon balano-préputial un plexus rétro-balanique droit et gauche. De ce plexus émanent des rameaux se portant en haut et en arrière. En arrière de la couronne du gland, ils se réunissent pour former un tronc commun, impair, médian : la veine dorsale profonde. Elle chemine dans le sillon médian dorsal des corps caverneux, immédiatement au-dessous du fascia pénis qui, comme nous l'avons déjà vu plus haut, la sépare de la veine dorsale superficielle.

Cette région est un des rares points où deux artères accompagnent une seule veine. Elle suit un trajet ascendant, jusqu'à la racine du pénis, passe entre les faisceaux du ligament suspenseur de la verge, s'engage sous le ligament

sous-pubien, entre lui et le ligament transverse du pelvis, et va se jeter dans le plexus de Santorini dont elle constitue un des principaux affluents.

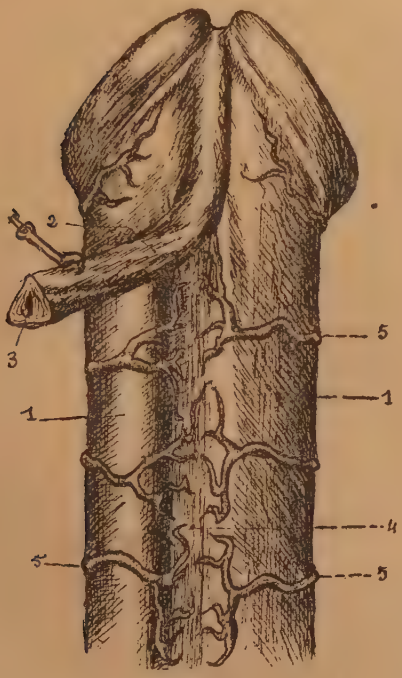


Fig. 2

La veine dorsale profonde reçoit des affluents de la portion moyenne du bulbe du corps spongieux. Les veines supérieures de la partie moyenne se réunissent aux veines inférieures du corps caverneux.

Le groupe inférieur de la partie moyenne, au contraire aboutit au plexus de Santorini. Il en est de même des veines du bulbe qui, parfois très volumineuses, se portent dans l'intervalle qui sépare les racines du corps caverneux et traversent l'aponévrose périnéale moyenne. Quelquefois aussi ce dernier groupe se jette dans les veines honteuses internes.

Testut divise les veines du corps caverneux en quatre groupes correspondant aux quatre points où elles traversent l'albuginée, en haut, en bas, en avant et en arrière.

Les veines supérieures sorties de l'albuginée sont situées dans le sillon médian supérieur des corps caverneux. Après un court trajet, elles s'ouvrent sur la paroi adhérente de la veine dorsale profonde.

Les veines inférieures sont beaucoup plus importantes. Elles débouchent dans le sillon médian inférieur au-dessus de l'urètre. On a vu plus haut qu'elles recevaient les veines de la partie supérieure du corps spongieux. Elles contournent les parties latérales des corps caverneux qui leur donnent quelques veinules et vont se jeter dans la veine dorsale profonde.

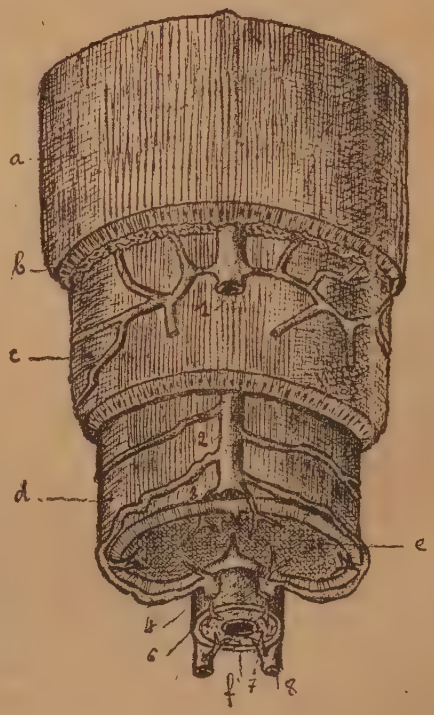


Fig. 3

Les veines antérieures nées du sommet des corps caverneux se réunissent aux veines du gland et aboutissent à l'origine de la veine dorsale profonde.

Les veines postérieures naissent à la partie postérieure des corps caverneux.

Elles sont très nombreuses et souvent très volumineuses.

Elles perforent l'aponévrose périnéale moyenne au niveau de sa portion sous-symphysienne et se terminent soit dans le plexus de Santorini soit dans les veines honteuses internes.

Les veines du réseau profond sont valvulées : d'où difficulté d'injecter les rameaux d'origine par les troncs.

On a déjà vu qu'il existe entre ce réseau profond et le réseau superficiel de nombreuses anastomoses.

Tous les auteurs font remarquer que la disposition des veines de la verge en deux réseaux est due à l'inextensibilité de l'enveloppe fibreuse qui rend nécessaire l'existence de voies de décharge.

Elle tient en outre à la richesse et à l'abondance des corpuscules érectiles. Au total il existe une grande analogie entre la verge et les membres au point de vue veineux.

Elle possède un réseau superficiel aboutissant à la veine fémorale par l'intermédiaire de la veine saphène interne ; un réseau profond qui aboutit au plexus de Santorini.

Quelques ramuscules vont aux veines du scrotum, d'autres vont directement à la veine honteuse interne.

Description de l'affection.

De l'étude anatomique qui précède. nous voyons qu'il existe deux systèmes veineux dans la verge, l'un superficiel l'autre profond, s'anastomosant largement entre eux il est vrai, mais susceptibles, cependant de donner un tableau clinique différent suivant que l'un ou l'autre sera atteint par la phlébite blennorrhagique. Nous commencerons par décrire en détail, la phlébite des veines dorsales, nous réservant de décrire dans la suite, les caractères propres aux autres localisations.

C'est entre le quinzième et le vingtième jour de l'infection qu'apparaît le plus habituellement la phlébite des veines de la verge. Elle se manifeste par la présence d'un cordon dur, de volume et de consistance variables, mobile et facilement isolable à la palpation, s'il s'agit de la veine dorsale superficielle. Cette manœuvre est impossible et le vaisseau atteint se dessine très mal sur les téguments quand il s'agit de la veine dorsale profonde. Le vaisseau atteint peut ne s'enflammer que sur une très petite longueur et on se trouve alors en présence d'un petit noyau dur et limité qui a été confondu avec une chancrelle, comme le rapporte Payenneville dans une de ses observations personnelles. On trouve encore au point de vue local, une coloration rouge des téguments, plus ou moins marquée. La douleur est variable et d'abord limitée, s'irradie par la suite vers les reins et le périnée, elle est même parfois intolérable

et retentit sur l'état général du malade.. Le moindre contact ou mouvement sont difficilement supportés par lui. Puis surviennent rapidement des symptômes de stase veineuse qui amènent une turgescence du prépuce et de la verge tout entière. Et la verge prend un aspect particulier qu'on ne peut guère mieux comparer qu'à une pièce anatomique injectée au suif. Nous dirons même que ceci paraît constituer le signe pathognomonique de cette complication. Nous ne l'avons jamais vu faire défaut chez les malades que nous avons eu l'occasion d'observer.

Le tableau clinique diffère quelque peu lorsqu'il s'agit d'autres veines que les dorsales.

Lorsqu'il s'agit d'une petite veine collatérale de la dorsale superficielle, le gonflement de la verge peut être très peu marqué. Par contre la douleur est habituellement très vive et la circulation supplémentaire s'observe de même que précédemment.

Lorsque la phlébite siège sur les veines caverneuses, on a noté une augmentation de volume considérable des corps caverneux, ne s'accompagnant pas de douleur. On n'a pas cette circulation collatérale intense caractéristique de la phlébite des veines dorsales. Et parfois la thrombo-phlébite des corps caverneux a pu se manifester uniquement par la gangrène du gland, comme en fait foi l'observation de Batut que nous rapportons plus loin. Et la notion d'une infection blennorrhagique antérieure méconnue a pu faire errer le diagnostic pendant quelque temps.

En général, la phlébite blennorrhagique des veines de la verge comporte un pronostic bénin. A part les deux malades observés par Richet et Voillemier qui succombèrent à la septicémie gonococcique consécutive à la gangrène des corps

caverneux, toutes les observations que nous avons pu relever jusqu'à ce jour se sont terminées par la guérison.

La thrombo-phlébite présente généralement une évolution de trois ou quatre semaines. Mais même après disparition du cordon veineux, nous avons noté la persistance pendant plusieurs mois d'un œdème chronique de la verge, avec circulation collatérale plus développée que normalement, ainsi qu'une légère douleur qui s'exagère quelque peu au moment des érections.

Quoique, comme nous l'avons dit, le pronostic soit bénin habituellement, il faut toujours faire une petite réserve au sujet d'une embolie ou d'une gangrène possible.

Diagnostic

Il nous reste à étudier les différentes affections qui peuvent être confondues avec la thrombo-phlébite des veines de la verge. En premier lieu la lymphangite dorsale de la verge peut simuler la phlébite, mais elle présente un cordon plus étendu des ramifications nombreuses et moins localisées que dans la phlébite. L'empâtement et l'induration sont moins nets dans la lymphangite que dans la phlébite.

La réaction ganglionnaire manque rarement dans la lymphangite elle est exceptionnelle au contraire dans la phlébite. Enfin dans la lymphangite, nous ne retrouvons pas cette circulation supplémentaire intense qui donne à la verge dans les cas de phlébite l'aspect d'une préparation anatomique dont on aurait injecté les vaisseaux. Le diagnostic est un peu plus délicat dans la phlébite des veines caverneuses, où cet aspect spécial peut faire défaut. Par contre, l'érection de la verge, la turgescence de tout l'organe pourront mettre sur la voie du diagnostic.

Malgré toutes ces différences, la confusion entre ces deux complications blennorrhagiques a été souvent commise. C'est d'ailleurs l'opinion de Voss que nous nous permettrons de rappeler ici :

« Dans beaucoup de cas de blennorrhagie, où il se présente des soi-disant brides lymphangitiques au pénis, il s'agit des lésions des vaisseaux sanguins, et toute une série de lymphangites, dites blennorragiques, sont nettement des phlébites et particulièrement des thrombo-phlébites.

Voss lui-même dans un cas personnel, dont il a publié l'observation a commis cette erreur de diagnostic, et ce n'est que par un examen biopsique exigé par le malade, qu'il a pu s'en rendre compte d'une manière absolue.

L'œdème qui accompagne le phimosis sera difficilement confondu avec la phlébite de la verge, le gonflement sera général, sans saillir les vaisseaux ; de plus il est moins tenace et disparaît rapidement par un traitement approprié.

L'œdème qui accompagne le chancre induré et qui donne parfois à la verge cet aspect si caractéristique qu'on désigne du nom de verge en battant de cloche, pourra tenir le diagnostic du praticien hésitant avec celui de phlébite. L'impossibilité de découvrir le gland ne permettant pas d'établir la nature syphilitique des lésions, il faudra parfois attendre quelques jours pour élucider la nature de l'affection. Cependant, l'absence d'écoulement uréthral, l'augmentation régulière du volume de la verge, la douleur moins accusée dans l'œdème consécutif au chancre induré de la verge, aideront beaucoup à écarter le diagnostic de phlébite de la verge.

Pour terminer cette discussion sur les différents diagnostics à discuter en présence de phlébite blennorragique de la verge nous rappelerons certains cas d'induration plastique

des corps caverneux chez les diabétiques, les goutteux et les syphilitiques, Nous citons ces manifestations que certains auteurs ont voulu attribuer au virus blennorrhagique sans cependant que la preuve en soit établie d'une façon absolue.

Traitement. — Il nous reste à examiner le traitement de la phlébite blennorrhagique des veines de la verge.

Tout en continuant à soigner méthodiquement l'uréthrite blennorrhagique cause première de la complication, nous ordonnerons au malade le repos complet. Localement nous prescrivons des enveloppements humides et ouatés. Dans les cas où la douleur est intolérable il y aura lieu d'appliquer des pommades calmantes à base d'extrait de belladone ou de chlorhydrate de cocaïne.

Les cataplasmes chauds dans les phlébites très douloureuses, amènent également une amélioration rapide des signes locaux.

Observation I *(Personnelle)*.

Un de nos amis, M. X... contracte une blennorrhagie après des rapports suspects. Evolution tout d'abord banale ; cuisson au niveau du méat, puis sur toute la longueur de l'urèthre spongieux, fréquence des mictions qui deviennent de plus en plus douloureuses, apparition du pus, érections prolongées et pénibles, la nuit surtout, filaments dans les urines.

Le traitement ordinaire est institué une dizaine de jours après le début et bien suivi plusieurs fois par jour. Lavages au permanganate plusieurs fois par jour. Repos autant que possible. Le malade s'abstient de tout excitant.

Après trois semaines, à dater du début de l'infection, l'écoulement se modifie s'éclaircit, diminue ; les mictions sont moins fréquentes et moins douloureuses, et les érections nocturnes et pénibles du commencement de la période d'état ont disparu.

Les lavages faits méthodiquement et avec le plus grand soin, n'ont pas porté l'agent pathogène jusqu'à la vessie, et toute complication de cette nature semble devoir être écartée.

Une nuit, sans que le malade ait fait d'écart de régime susceptible de rallumer la virulence de l'infection, nouvelles érections douloureuses jusqu'au matin, où a lieu la constatation de la présence sur le dos de la verge d'un cordon médian rougeâtre, allant du sillon balano préputial à la racine de l'organe, correspondant à la veine dorsale superficielle ; ce cordon est dur très net, renforcé de nodosités surtout au voisinage de la racine. Pas d'œdème de la verge. Aucune autre veine n'est thrombosée.

La marche de l'écoulement n'est pas modifiée. La complication est traitée par des enveloppements humides et légèrement compressifs, et rétrocède progressivement jusqu'à résolution complète en une dizaine de jours sans laisser la moindre trace.

Aucune complication soit prostatique, soit vésicale n'est sur-

venue pendant cette dernière période. On n'a observé, quelque temps après la guérison, qu'une funiculite légère qu'a fait cesser immédiatement l'application d'un suspensoir de Horand Langlebert.

Observation II *(Personnelle)*.

M. Buisson, âgé de 23 ans vient nous consulter pour une blennorrhagie. Il y a 10 jours, après des rapports qui lui ont semblé suspects, qu'il éprouve une sensation de cuisson au niveau du méat, présente un écoulement purulent abondant, verdâtre, empesant le linge, est en proie à de douloureuses érections, et offre en un mot des symptômes nets de blennorrhagie classique à la période d'état.

Nous instituons le traitement banal, escomptant de bons résultats.

Notre malade vient nous trouver 10 jours après la première consultation. Il se plaint que son écoulement s'améliore peu, mais accuse surtout de vives douleurs à la racine de la verge accrues notablement par la station debout, avec paroxysmes extrêmement pénibles qui le privent du sommeil.

A l'inspection, on constate que la verge est très sensiblement augmentée de volume, et ce gonflement rend absolument impossible la rétraction du prépuce, rouge et œdématiée, vers la base du gland.

A la palpation, la verge n'est pas très sensible. Mais sur la face dorsale, on constate la présence d'un cordon induré, presque médian, partant de la racine de la verge, et occupant à peu près toute sa longueur. Il représente le trajet de la veine dorsale de l'organe ; le cordon veineux se laisse facilement isoler lorsqu'on pince les téguments sus-jacents.

Ces derniers caractères nous font penser à une thrombo-phlébite de cette veine, nous prescrivons des lotions et des enveloppements à l'eau blanche ainsi que des bains locaux.

Nous avons l'occasion de revoir notre malade douze jours après. Il nous raconte qu'il est encore dans l'impossibilité absolue de décalotter, mais que le gonflement disparaît petit à petit. Nous constatons que la veine dorsale est encore dure au toucher surtout à la naissance de la verge.

Nous engageons notre malade à poursuivre le traitement avec persévérance.

Actuellement, à un mois et demi du début de la blennorrhagie, l'écoulement persiste encore, assez abondant, mais semblant devoir bientôt céder au traitement.

Du côté de la face dorsale de la verge, il ne reste guère qu'un peu de turgescence. La veine dorsale reste encore gonflée et a tout à fait l'aspect d'un vaisseau injecté au suif sur une préparation anatomique.

Observation III *(Personnelle)*.

Dernièrement, nous recevons à la consultation d'hôpital, la visite de M. R. âgé de 26 ans, qui s'inquiète des suites d'une blennorrhagie aiguë qu'il a contractée il y a 2 mois environ, à la suite de rapports suspects, et qu'il a négligé de faire traiter par un médecin.

Il nous raconte que sur le conseil d'amis, il a fait de nombreux lavages de l'urèthre, mais ces lavages pratiqués d'une manière défectueuse selon toute vraisemblance, aboutissent à 15 jours du début de l'affection, à des phénomènes de cystite assez grave au sujet desquels il vient nous consulter.

Nous congédions notre malade après lui avoir prescrit le repos complet, le régime lacté exclusif, et en outre des capsules de térébenthine.

Notre client se présente à nous quelques jours après. Il se trouve satisfait du traitement. Les phénomènes de cystite ont rétrocédé ; mictions moins fréquentes et moins douloureuses, érections moins vives, diminution de l'écoulement.

Seulement, il s'est aperçu la veille, de la présence, sur le côté de la verge, d'une petite nodosité du volume d'un gros grain de plomb. Nous vérifions par nous-même les dires du malade ; cette grosseur siège au niveau d'une veine collatérale de la peau du prépuce, elle a l'étendue indiquée plus haut, elle est dure, saillante et douloureuse à la pression.

De plus, la verge est œdématiée dans sa totalité, et la peau du prépuce est partiellement infiltrée, et à tel point que le malade, est dans l'impossibilité complète de découvrir le gland, car il éprouve à chaque tentative une douleur assez vive, dont il précise nettement le siège au niveau de la petite grosseur. L'aspect des veines superficielles est modifié. Nous avons déjà rencontré quelque chose d'analogue : les vaisseaux précités ressemblent assez exactement à ceux d'une préparation anatomique injectée au suif.

Nous pensons tout de suite à une thrombo-phlébite des veines du prépuce. Nous instituons un traitement très simple : enveloppements à l'eau blanche légèrement compressifs, bains locaux. La blennorrhagie est traitée comme d'usage, par de grands lavages au permanganate de potasse.

Nous revoyons dernièrement le malade. Nous sommes à deux mois et demi du début de la maladie, la veine intéressée a peu diminué de volume. La nodosité n'est plus dure au toucher, mais elle persiste toujours. La rétrocession complète paraît devoir demander encore quelque temps. La circulation collatérale et la turgescence des veines dorsales surtout existent toujours.

L'urèthre présente encore un léger suintement. Les phénomènes vésicaux ont entièrement disparu. La prostate et les vésicules terminales sont normales. Cependant, les urines du malade, troubles au début se sont clarifiées mais contiennent encore quelques filaments purulents.

Nous engageons le malade à continuer avec persévérance les lavages au permanganate de potasse.

Il n'a pas reparu depuis à la consultation.

Observation IV (*Payenneville*).

(Annales des maladies vénériennes (1908, p. 610).

Phlébite de la veine dorsale de la verge d'origine blennorrhagique.

M. T... 21 ans, étudiant en médecine, vient nous consulter pour une blennorrhagie dont le début remonte au 13 décembre ; il y a 4 ou 5 jours d'écoulés depuis l'apparition du pus, l'écoulement est très abondant mais le malade à peu de douleur à la miction.

Avant de venir nous consulter, le malade a fait 4 ou 5 grands lavages au bock avec une solution de permanganate au 4/1000, mais le liquide ne va pas jusque dans la vessie ; au bout de deux lavages, symptômes d'uréthrite postérieure et de cystite ; l'examen microscopique du pus montre de nombreux gonocoques intra-cellulaires.

Nous faisons mettre le malade au repos, nous supprimons les grands lavages ; et nous faisons prendre au malade du lait, de l'eau de Vichy en grande quantité et des bains prolongés.

L'état s'améliore, les envies d'uriner sont beaucoup moins fréquentes, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de recourir aux instillations de nitrate d'argent.

Le 22 décembre, c'est-à-dire environ après dix jours d'infection, apparition de cordons rouges, saillants au niveau de la base du gland : presque en même temps œdème très accentué du prépuce et de toute la verge, le malade ne peut plus découvrir le gland.

Il y a un peu de rougeur au niveau des cordons enflammés et durs ; en palpant légèrement la verge, on sent très nettement une induration que l'on délimite facilement, mobile sur les plans profonds et qui répond à la veine dorsale superficielle. D'ailleurs, à ce moment, les veines de la verge sont dilatées et saillantes, et surtout la veine enflammée.

Nous faisons le diagnostic de phlébite de la veine dorsale due

à l'infection gonococcienne, nous basant sur la description que nous en avions lue dans l'ouvrage de Guiard. Nous pensons qu'il ne s'agit pas de lymphangite à cause de la netteté dans les limites de l'induration et à cause de la dilatation exagérée des veines collatérales et même de la veine dorsale.

Nous conseillons au malade des cataplasmes très chauds, du repos, et des enveloppements ouatés à demeure.

Au bout de 15 jours l'œdème a un peu diminué ; le malade peut assez facilement découvrir le gland ; mais les cordons durs persistent.

Nous ordonnons alors des grands lavages au permanganate au 4/1000. Nous en faisons un ou deux nous même, au malade, de façon à éviter qu'il ne se produise de nouveau de l'infection vésicale.

Les premiers jours de février, le suintement disparaît ; je fais cesser les lavages ; au bout de 2 ou 3 jours, il reparaît un suintement le matin seulement. Nous faisons 4 instillations de protargol qui font complètement disparaître et d'une façon persistante, tout suintement.

Mais l'œdème de la verge, tout en diminuant, persiste encore, en même temps que l'induration sur le trajet de la veine, sur une longueur seulement de 3 centimètres environ.

Nous avons eu l'occasion de revoir le malade il y a un mois environ, c'est-à-dire un an après le début de son affection. Il nous dit qu'il est complètement guéri, mais qu'il a conservé pendant 6 semaines environ après la cessation du traitement, un peu d'œdème de la verge, qui a ensuite disparu en même temps que l'induration.

On voit que, chez ce malade, cette complication n'a pas assombri le pronostic, et en somme, sauf la douleur qui était à peine accentuée, il présentait bien l'aspect clinique que nous décrivons au début de ce travail.

Si nous n'avions pas eu l'attention portée du côté de la phlébite blennorrhagique des veines de la verge par la lecture de l'ouvrage de Guiard, peut-être n'aurions-nous pas fait le diagnostic, et aurions-nous pensé à de la simple lymphangite dorsale.

OBSERVATION V (*Payenneville*)

(Annales des maladies vénériennes. 1908)

Thrombo phlébite blennorrhagique d'une des veines superficielles de la verge.

A la fin de décembre 1907, M. P. âgé de 23 ans, viens nous consulter pour une blennorrhagie, l'écoulement datant du matin même. Mais la veille, le malade était allé consulter le confrère qui le soigne depuis son enfance, parce qu'il avait une sensation de cuisson dans le canal, et une petite grosseur du volume d'un grain de plomb, douloureuse, située sur le côté droit du frein, à la base du gland. Le confrère n'avait pas constaté d'écoulement et avait pensé que cette petite grosseur était une « chancrelle ». Le malade nous répète textuellement la consultation du confrère.

Nous trouvons un écoulement purulent assez abondant, dont nous pratiquons instantanément l'examen microscopique. Nous constatons de nombreux gonocoques intracellulaires.

Il s'agit donc bien d'une blennorrhagie au début.

Nous examinons ensuite la petite grosseur que nous signale le malade, et nous sommes frappé d'abord de la dilatation veineuse exagérée de toutes les veines de la verge ; elles sont comme nous le disions précédemment, turgescentes, comparables à des veines injectées au suif dans une préparation anatomique.

De plus, il y a une grosseur juste au niveau d'un petit coude d'une vésicule qui longe le frein, à droite ; on voit littéralement le caillot par transparence, la peau étant très mince à ce niveau.

En outre cette petite grosseur est extrêmement douloureuse,

et rien que de retirer le prépuce de sur le gland occasionne une douleur très vive.

Enfin il y a un gonflement de toute la verge, qui est comme à demi en érection, et particularité intéressante à noter, ce petit noyau repose sur une base dure, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Mais cette induration en est distincte. Ceci est tout à fait en faveur de l'hypothèse pathogénique émise par Voss, servant à l'origine de la phlébite, une lymphangite périvasculaire.

Nous conseillons au malade le repos, des cataplasmes chauds trois fois par jour, et des lavages du gland à l'eau blanche.

Au bout de 4 ou 5 jours la douleur diminue en même temps que l'induration disparaît complètement, et il ne reste plus que la petite tumeur arrondie roulant sous le doigt.

Nous pensons bien qu'il ne peut s'agir que d'une thrombophlébite de la veine longeant le frein. Nous retrouvons, en effet, tous les symptômes, et surtout cette dilatation veineuse qui, elle, persiste et est encore plus accentuée qu'au début.

Sur ces entrefaites, le malade reçoit son médecin habituel, qui pense à l'existence d'un chancre syphilitique nain, à cause de l'induration.

Le malade effaré vient nous retrouver, dans un état de démoralisation intense, nous suppliant de le rassurer. Nous affirmons notre premier diagnostic qui pour nous ne fait aucun doute. Enfin nous sommes assez heureux pour rassurer complètement notre malade.

En effet, malgré notre désir de ne pas contredire le diagnostic de notre confrère, en présence de la lésion qui n'était nullement ulcéreuse et ne présentait pas l'aspect d'un chancre, devant l'absence de toute réaction ganglionnaire, et étant donné surtout la chronologie des accidents, nous ne pouvions accepter le diagnostic de chancre syphilitique.

Disons d'ailleurs que voilà deux mois que nous observons le malade et il n'a jamais présenté le moindre accident qui puisse faire penser à la syphilis.

Depuis, le malade a présenté à trois reprises des atteintes de cystite dont nous avons eu raison à chaque fois par des instillations au nitrate d'argent.

Actuellement, l'écoulement est presque complètement terminé, mais la petite grosseur persiste et surtout la dilatation veineuse qui est aussi marquée que le premier jour, et en même temps il y a un léger gonflement de la verge.

Ce cas se rapproche du précédent dans l'ensemble, mais s'en distingue par certains détails : d'abord par la date d'apparition, puisque le phlébite est survenue avant l'écoulement ; mais en questionnant le malade, il nous dit que depuis 15 jours il avait des sensations de picotements et de démangeaisons dans le canal, et cela à la suite d'un rapport qu'il avait des raisons de suspecter et qui remontait environ à 6 semaines.

Pourtant cinq ou six jours avant, il avait fait quelques excès génitaux. Y avait-il eu infection trois semaines avant, et ces derniers excès ont-ils réveillé cette infection qui aurait existé à l'état latent ? C'est une simple hypothèse qui expliquerait plus facilement la production de la phlébite.

Enfin, il faut noter chez ce malade la continuité de la douleur et l'extrême dilatation vasculaire.

L'évolution de cette complication chez notre malade est encore une preuve en faveur de sa bénignité.

Observation VI (*Payenneville*).

(Annales des maladies vénériennes. 1908).

Ces derniers temps, un de nos amis nous rapportait le cas d'un étudiant en médecine qu'il avait eu l'occasion de voir il y a quatre ou cinq ans.

C'était un jeune homme de 23 ans, qui, au cours d'une blennorrhagie, avait présenté des complications de cystite et d'épididymite.

Puis, vers la troisième semaine, il avait présenté une phlébite de la veine dorsale de la verge qui avait amené un gonflement assez accentué de toute la verge. Ce gonflement aurait persisté trois semaines, un mois.

Notre ami était, à cette époque, interne en pharmacie à Paris, et avait entendu porter le diagnostic de phlébite de la veine dorsale de la verge. Il n'a pas pu nous donner d'autres renseignements, mais nous a ajouté qu'il avait entendu dire par le médecin qui soignait cet étudiant que c'était une complication extrêmement rare ; cette réflexion nous porte à croire que le diagnostic avait été discuté et devait être exact.

D'ailleurs, quelques renseignements fournis rétrospectivement rentrent tout à fait dans notre description. Néanmoins, nous ne la publions que pour mémoire et avec certaines réserves.

Observation VII (*Résumée*) (Voss).

Thrombo-phlébite blennorrhagique.

Robert Sp. sommelier, 27 ans, entré à l'Hôpital (section de la blennorrhagie) le 9 mars 1904.

Commémoratifs. — Pas encore eu de maladie vénérienne. Pas de maladie plus sérieuse auparavant. L'infection date de 3 semaines. N'a pas encore été traitée par un médecin.

Etat. — Homme anémique, maigre. Cœur sain. Remarquons, en passant, que nous examinons le cœur de chaque blennorrhagique le jour de son entrée et que nous le surveillons ensuite. On se garantit ainsi contre les complications ultérieures, lorsqu'il s'agirait de savoir si les troubles cardiaques existant résultent d'une effection gonorrhéïque de l'endocarde ou existaient auparavant. Pas de traces de syphilis. De l'urèthre, il s'écoule une sécrétion purulente abondante. La préparation microscopique (Gram) présente des corpuscules de pus et des gonocoques dans les amas intra-cellulaires. Urine trouble, prostate molle élargie à droite, douloureuse, à la pression. La sécrétion exprimée au dehors est très blanchâtre, de consistance visqueuse. Traitement interne : capsules d'huile de santal et helmitol.

14 mars. — Sécrétion plus faible. Examen microscopique :

corpuscules de pus, en amas intracellulaires. On continue à donner une injection de protargol. 1 4 % 4 fois par jour.

15 mars. — Lavage de Jadassohn. Urine trouble, injection de protargol. 17 mars : pénis : inflammation œdémateuse généralisée 3 fois par jour un bain chaud, prolongé du pénis. Repos au lit.

18 mars. — A la face dorsale du pénis, près de la racine de la verge, sur la ligne médiane, on sent une infiltration bridée d'environ 2 centimètres de long sur 0,5 centimètre de large, s'étendant en surface et douloureuse à la pression. La peau au-dessus de cette bride est déplacée, sans modification : de même à la partie inférieure, l'infiltration peut être déplacée. L'œdème du pénis s'est accru. On fait alors le diagnostic de lymphangite blennorrhagique.

21 mars. — Le patient veut être délivré de cette tuméfaction. Ethérisation, incision de 3 centimètres de large sur le côté de la bride, à la face dorsale du pénis, dissection et excision de toute l'infiltration sur une longueur de 2 centimètres environ. Suture, airol, pansement.

22 mars. — Œdème prononcé et formation d'un hématome sous-cutané étendu au prépuce et au scrotum.

Erections violentes et prolongées. Le soir, lupulin et tabloïdes de Brown Erleumeyer. Le pénis est relevé par un bandage et fixé à la paroi abdominale.

24 mars. — L'œdème continue. Hématome plus accentué.

26 mars. — Erections toujours fortes. Pansement infiltré de sang. Les bords de la plaie restent béants.

27 mars. — Suture ; les bords de la plaie sont éloignés l'un de l'autre. Au fond de la plaie, un caillot de sang de la grosseur d'une noisette. La veille la température était montée à 38°2 (normale jusqu'alors), et aujourd'hui elle atteint 37°7 ; on enlève le caillot. Tampon de gaze iodoformée, et suture des bords de la plaie.

28 mars. — Légère hémorrhagie ; le pansement reste en place. L'œdème disparaît. Température normale.

29 mars. — Les érections ont cessé sous l'influence de l'anti-

pyrine, du lupulin, et des suppositoires d'opium, ces deux derniers jours.

10 Avril. — La cavité de la plaie s'est refermée, par granulation, à la suite d'un léger tamponnement continué.

A partir du 15 avril on reprend le traitement local. Injection de protargol. Massage de la prostate et injection de Guyon.

10 Mai. —Le malade quitte la polyclinique.

La pièce cylindrique excisée a été durcie dans la formaline et l'alcool, et introduite dans la paraffine. Colorée avec hématoxyline éosine, hématoxyline Van Gieson. A la coupe, cette pièce présente alors une forme ovoïde. La longueur : 1 cm 1/2 et sa plus grande largeur 1/2 cm. A la partie superficielle de la bride, on constate macroscopiquement déjà une consistance plus épaisse et plus résistante.

Microscopiquement, on constate que la bride excisée renferme un tout petit faisceau de vaisseaux, situé en partie dans du tissu conjonctif dense et infiltré de petites cellules, et en réalité à la partie superficielle de cette bride, et en partie dans du tissu conjonctif spongieux, appartenant à la partie profonde de la bride.

Dans la partie de la bride située plus près de la peau (nous avons mentionné plus haut que microscopiquement déjà on trouvait une consistance plus forte à cette partie). On voit trois vaisseaux thrombosés très rapprochés l'un de l'autre, et dont la structure histologique de la paroi ne permet pas de douter qu'il ne s'agisse de veines. Tout autour des parois de ces vaisseaux, on constate une infiltration cellulaire épaisse (à petites cellules), qui non seulement arrive condensée aux parois vasculaires, mais passe à travers ces parois en dissociant leurs éléments, notamment en détruisant leur tissu élastique. Cette infiltration se trouve en connexion avec les thrombus plus ou moins organisés. Les thromboses présentent même différents stades. Les deux veines supérieures sont encore faciles à traverser, à supposer que le rétrécissement causé par le durcissement, et la rétraction des thrombus ne soit aussi un obstacle au-devant de la paroi vasculaire. Le calibre de la veine au milieu de la verge présente la forme d'une faucille, tandis que la partie su-

périeure ne présente plus qu'une toute petite fente le long de la paroi. Celui des trois vaisseaux thrombosés qui est le plus profondément situé est fermé complètement par un thrombus entièrement organisé. Les thrombus dans les deux veines supérieures ont un noyau leucocytaire, dont l'empreinte est particulièrement nette au milieu du vaisseau ; ce noyau est entouré d'un revêtement fibrineux, traversé par des érythrocytes et quelques leucocytes. Le thrombus de la veine située le plus profondément, présente un réseau de tissu conjonctif délicat et de nouvelle formation, avec des cellules épithéliales dont le noyau a une forme vésiculaire et est faiblement coloré, ainsi que des leucocytes peu abondants. Çà et là on aperçoit des processus de vascularisation. Les parois des veines ne sont que partiellement intactes ; aux veines totalement thrombosées se trouvaient deux anneaux concentriques d'éléments élastiques relativement bien conservés avec la tunique musculaire.

Aux deux veines qui présentaient des thrombus plus récents, la paroi est détruite complètement çà et là par l'infiltration microcellulaire du voisinage, par disparition ou pénétration réciproque des éléments faisant partie intégrale de la paroi. Les artères, de même que les veines dans la partie plus profonde de la bride, qui elle, ne présentait pas d'infiltration cellulaire, ne présentaient pas d'altération pathologique, et en particulier les parois ne présentaient en aucune façon de différence avec des parois normales.

Malgré de nombreuses préparations, on n'a pu déceler de gonocoques, ni dans les thrombus, ni dans les infiltrats périphériques.

La thrombo-phlébite des veines dorsales du pénis, dans notre observation, n'est pas seulement sans doute de nature à peine métastatique, comme pour les cas publiés par Heller et Sasserath, mais a peut-être pris naissance par la continuation directe de l'inflammation sur les voies lymphatiques, jusqu'à la paroi vasculaire. L'infiltration s'avançant par les voies lymphatiques jusqu'à la paroi vasculaire, a d'abord atteint les vaisseaux capillaires, puis la paroi des vaisseaux dans son intégrité, a déterminé une endophlébite et a occasionné ainsi une thrombo-phlébite des veines.

Notre constatation histologique nous paraît cependant, par une considération comparative, laisser subsister un doute, à savoir cependant si les infiltrations en forme de brides (à observer dans la blennorrhagie aiguë), qui jusqu'à présent, étaient considérées surtout comme de la lymphangite gonorrhéïque, sont réellement des lymphangites vraies. Qu'il survienne certainement des lymphangites, cela ne doit pas être mis en doute ; mais souvent il pourra s'agir, comme dans notre cas, de maladies des vaisseaux, d'une phlébite plus particulièrement d'une thrombo-phlébite. Comme jusqu'à présent il n'existe point de recherches biopsiques, et qu'il n'arrivera que très rarement de pouvoir soumettre le substratum à un examen histologique, il n'est donc pas très étonnant que les infiltrations à la face dorsale du pénis dans la blennorrhagie aiguë puissent être prises pour des cordons lymphatiques.

Observation VIII (*Batut*)

Phlébite blennorrhagique ; gangrène partielle du gland du corps caverneux et de l'urèthre,

(Par le Dr Batut de Lyon *Lyon médical* 1900 p. 577)

La rareté de la phlébite blennorrhagique nous engage à communiquer 2 observations qu'il nous a été donné de suivre à quelques mois d'intervalle et dont l'une sort du cadre classique en raison d'une complication très rare qui en fait surtout l'intérêt.

Observation I. — (*Inédite, personnelle*). — Gangrène du gland, du prépuce et de l'uretère antérieur consécutive à une phlébite blennorrhagique des corps caverneux.

M..., 23 ans canonnier au 16e bataillon d'artillerie, entre à l'hôpital Desgenettes dans notre service le 27 février 1900. Il est évacué d'une infirmerie, hôpital des Alpes pour un sphacèle étendu du gland et de l'urèthre survenu subitement il y a un mois environ.

Son histoire pathologique est la suivante : le 15 décembre 1899 il a été pris de douleurs articulaires dans les 2 genoux est entré à l'infirmerie-hôpital pour ce motif, a été amélioré par le repos et le salicylate de soude, puis brusquement alors qu'il se levait dans la cour depuis 2 jours, il ressent de vives douleurs avec élancement dans le mollet droit dont la palpation est bientôt intolérable. La jambe devient dure et gonflée : on porte le diagnostic de phlébite. Il est immobilisé et un pansement ouaté compressif est appliqué sur la jambe. Huit jours après on remarqua en avant et en arrière du filet une plaque noirâtre survenue sans douleurs spéciales du côté du penis, large de 3 ou 4 centimètres. Le médecin traitant pratique sans résultats deux incisions sur la région malade ; il en sort quelques gouttes de sang, sans influence sur la marche de l'affection et au bout de 8 jours le sphacèle est complet. Il fait tomber le 1/3 postérieur du gland le filet, la partie antérieure du canal de l'urèthre sur une longueur de 4 à 5 centimètres en même temps que les corps caverneux dans la partie correspondante sont partiellement sphacélés jusqu'au 1/3 environ de leur profondeur. Il y a en ce moment une hémorrhagie assez abondante et une vaste plaie saignante fougueuse en résulte. On met une sonde à demeure pour faciliter la miction.

Le malade dans les jours qui suivent fait vraisemblablement de l'infection vésicale ; il y a de la cystite caractérisée par le trouble des urines, la douleur, la fréquence des mictions qui est telle qu'il urine toutes les 20 minutes. Son teint est pâle comme celui des suppurants : il y a de la fièvre tous les jours, son appétit est nul, il souffre constamment et surtout à la fin de la miction. Il a une sensation de brûlure du côté du col en même temps que de légères hématuries terminales complètent ce tableau.

Tel est l'état dans lequel il se trouve à notre arrivée dans le service. Localement on constate la présence d'une vaste surface à aspect sale, grisâtre, légèrement diphtéroïde, occupant la face postérieure de ce qui représente le gland et l'extrémité de ce qui reste de l'urèthre sort une sonde à demeure permanente depuis 30 jours n'ayant servi à aucun lavage, et autour d'elle on voit une vaste surface cruentée bourgeonnante, se montrant entre les lèvres d'un nouveau méat. Il existe un œdème très marqué du fourreau

et du prépuce, quelques ganglions dans les aines. La prostate n'est le siège d'aucun abcès.

Le malade n'a aucun antécédent syphilitique ou rhumatismal il n'a pas de précédents tuberculeux.

Nous ordonnons dès notre premier examen une désinfection soignée de la région ; on rase le pubis et le scrotum, on retire la sonde à demeure et on la change ; il vient du pus en abondance de la partie moyenne de l'urèthre, semblant présager l'existence d'une sorte d'abcès périuréthral avec léger décollement : on fait 2 lavages successifs de la vessie avec du permanganate à 1/2000 et on ordonne un grand bain de sublimé ; la plaie de son côté a été lavée au permanganate et après le bain on fait un pansement à la poudre de talc et au bismuth stérilisé, avec suspensoir large. Dès le lendemain on constate un bien-être très sensible. La plaie a un aspect rouge vif de bonne allure ; les mictions sont moins fréquentes les douleurs très atténuées, la fièvre tombe. On continue les mêmes bains la même désinfection on retire la sonde, on la désinfecte soigneusement et on la remet en place. Au 3e jour l'épidémisation sur les bords est manifeste ; elle part de la demi-circonférence postérieure du cylindre pénien et va en s'accentuant de jour en jour ; il a 2 mictions par nuit.

Le 15 mars elle est complète et la plaie se trouve complètement cicatrisée. A cette date le malade a durant la nuit une évacuation très douloureuse, gênée par la sonde à demeure ; nous augurons bien des fonctions génésiques ultérieures mais ainsi que nous l'avons prédit, il y a une réaction cicatricielle qui entraîne le gland en arrière et en bas et lui donne une attitude disgracieuse. Le malade, la sonde retirée, urine en bavant mais sans difficulté ni douleur. Il urine une fois par nuit.

On enlève pour la première fois la sonde le 16 mars.

Le 19 le malade a beaucoup de peine à uriner, le méat est extrêmement rétréci ; on doit le dilater et les premiers efforts entraînent une effraction de la muqueuse uréthrale non encore cicatrisée, avec gonflement très marqué des corps caverneux surtout du côté gauche et menacé d'abcès. Les cataplasmes et bains prolongés calment cet orage au bout de 3 jours. On passe successivement du 27 au 32 Béniqué, on remet une sonde à

demeure, on l'enlève après avoir passé du 42, mais le lendemain on ne peut plus introduire que 32, tant la force de rétraction est considérable sur une hauteur de 1 cent. 1/2 environ à l'entrée de l'urèthre. On fait 2 fois la même tentative de supprimer la sonde à demeure de 19 au 26 et chaque fois les mêmes difficultés reparaissent.

On voit à cette dernière date les téguments ectropionnés très fortement vers un infundibulum uréthral qui attire également vers le bourrelet cutané le gland infiltré à sa base ; le prépuce n'est plus œdémateux : les corps caverneux sont durs mais ne dépassent pas le volume de l'auriculaire ; le malade se lève, a des mictions indolores, peu fréquentes ; son appétit est bon l'état général s'est relevé ; on arrive progressivement au n° 48. Mais dès le 25, il apparaît que cette cicatrisation définitive du méat nouveau et de la muqueuse avoisinante va nécessiter par sa tendance à un rétrécissement constant difficilement combattu par la dilatation progressive, une intervention nouvelle pour dériver l'urine pendant quelque temps, ou bien pour amener à une incision franche de toute la partie rétrécie, transformée ainsi en hypospadias poriscrotal. Il y aura peut-être lieu également de redresser le gland, comme dans les courbures latérales rendant le coït impossible en faisant une plaie sur la face dorsale et en comptant sur cette cicatrice rétractile pour redresser l'organe vers le pubis ; enfin on pourrait restaurer l'urèthre (méthode de Rochett et Nové Josserand).

Cette première indication a été remplie le 31 mars : une incision transversale réunie en losange a partiellement redressé le gland ; d'autre part la structure cicatricielle de l'urèthre a été incisée et les lèvres suturées isolément ; on a pu aussitôt passer un n° 50 Béniqué.

Nous avons à compléter cette observation sur un point essentiel qui donne la clef de la pathogénie de l'affection. Le malade en effet a été atteint il y a 18 mois de blennorrhagie d'intensité moyenne, peu traitée d'ailleurs ; l'écoulement s'est tari progressivement et ni le malade ni le médecin traitant n'ont paru incriminer le gonocoque lorsque les accidents articulaires ont ouvert la scène morbide ; or dès le jour de l'arrivée de M..., nous avons recueilli et examiné le pus venant de l'urèthre autour de

la sonde à demeure et suivant nos prévisions y avons constaté une surabondance de gonocoques intra et extra cellulaires en même temps que quelques cocci indéterminés. De là nos lavages répétés au permanganate de potasse et en peu de jours la disparition de la cystite de l'œdème dur et douloureux du mollet, de l'écoulement uréthral. Le 25 mars on ne constate plus de pus et on ne décèle plus de gonocoque dans les rares filaments de l'urine devenue absolument claire, ne faisant plus de dépôts muqueux comme au début.

Pour nous il nous paraît que l'observation précédente peut se résumer ainsi : blennorrhagie non éteinte, réveil de la gonococcie, rhumatisme secondaire, phlébite blennorrhagique de la saphène et des veines tibiales postérieures puis embolie gonococcique des veines des corps caverneux et sphacèle secondaire de ces derniers, du gland et de l'urèthre. La constatation de la présence du gonocoque dans l'urèthre et la vessie nous paraît justifier notre explication dans ce cas complexe.

Nos recherches dans les ouvrages récents et spéciaux nous ont permis de retrouver 2 seules observations de phlébite des veines caverneuses ; elles sont dues à Richet et à Voillemier. Le malade de Richet, incisé par le chirurgien mourut d'infection purulente ; à l'autopsie on trouve que les veines caverneuses sont oblitérées par des caillots se prolongeant dans les plexus vésicaux et prostatiques gorgés de pus.

Le malade de Voillemier présenta durant le développement de son affection une érection complète et persistante. A l'autopsie on trouva oblitérés par des caillots non seulement les veines caverneuses mais aussi la veine dorsale de la verge (Guiard page 33). Dans notre cas personnel le sphacèle a été limité, il n'y a pas eu de pyochemie mais un certain état de septicémie chronique qui durait encore à l'arrivée du malade à Lyon. A notre avis les gonocoques qui avaient déjà atteint les veines du mollet (phlébite blennorrhagique classique) ont pu, former des embolies dans les veines caverneuses par la circulation générale ou bien l'action des toxines a été suffisante pour déterminer ce sphacèle localisé. Nous ne pensons pas en effet à une action de voisinage puisque l'uréthrite restait latente jusque-là, n'avait pas effleuré les corps caverneux depuis le

18 mois écoulés à partir de l'infection et qu'il n'y avait à ce moment aucun symptôme de rétrécissement pouvant expliquer la formation d'un abcès urineux suivi de sphacèle. Cette hypothèse est écartée d'emblée par ce fait que la double incision faite à travers la plaque noirâtre non tendue non saillante apparue au filet et en arrière de lui, n'a amené aucune goutte de pus.

Obs. II. — M.X...lieutenant a une blennorrhagie aiguë avec cystite du col le 1er août 1899 ; le 10 août névralgie sciatique gauche très douloureuse cédant aux applications de salicylate de méthyle. Le 1er septembre après 15 jours de guérison apparente, orchi-épididymite droite funiculite, douleurs péritonéales sans vésiculite ni prostatite ; puis le 5 phlébite des veines du mollet avec douleurs, élancements spontanés, œdème dur de la jambe. Ponction de la vaginale, pommade belladonée, pansement ouaté compressif. Guérison définitive et complète le 1er novembre. Pas d'arthrite, aucun antécédent rhumatismal.

Observation IX *(Kohler)*

(Charité annalen 1890).

Chez ce malade âgé de 26 ans, atteint de blennorrhagie chronique et de manifestations de cystite, survinrent des douleurs à la défécation, de faux besoins d'aller à la selle. Lorsque Kohler vit ce malade, il souffrait au niveau du pénis et du périnée. La verge était uniformément tuméfiée, le gland en entier était gangrené le prépuce était partiellement sphacélé, le périnée était tuméfié et présentait une coloration livide. Le doigt pénètre avec peine dans le rectum parce que tout le petit bassin était occupé par une collection fluctuante vraisemblablement développée aux dépens de la prostate.

Kohler en présence de ces symptômes posa le diagnostic suivant : gros abcès de la prostate qui par la présence des

veines efférentes a provoqué des troubles de nutrition du pénis septicémie généralisée.

Un cathétérisme uréthral avec une grosse sonde amène l'issue d'une abondante quantité de pus, l'abcès venait de s'ouvrir dans l'urèthre. Incision médiane du périnée : on trouve le pus à 2 centimètres 1/2 de profondeur, après avoir traversé des tissus sphacélés qui ne donnent pas à la coupe une goutte de sang ; au milieu de la cavité de l'abcès, on voit l'urèthre gangrené. Scarifications sur la peau du gland et du pénis.

La gangrène ne se limite pas, tout le penis se sphacèle ; les symptômes de septicémie s'aggravèrent et la mort survient 4 jours après l'ouverture de l'abcès.

L'autopsie démontra la thrombose de toutes les veines entourant l'énorme cavité de l'abcès et également des veines honteuses. Les artères n'étaient pas modifiées. La muqueuse vésicale était saine. La peau de la racine du pénis, du scrotum et le testicule étaient intacts.

Observation X. — *(Richet rapportée par Guiard)*

(dans : complications locales et générales de la blennorrhagie aiguë et chronique chez l'homme).

Chez un homme de 75 ans atteint de blennorrhagie Richet vit se produire un gonflement progressif des corps caverneux sans douleurs et sans participation du corps spongieux. Aussi le gland flasque et mou contrastait-il avec la raideur des corps caverneux. Une incision sur l'un de ces derniers donne issue à des caillots infects ; quelques jours après tout le tissu érectile mortifié fut retiré par l'ouverture. Le malade mourut d'infection purulente. A l'autopsie on trouve les veines caverneuses oblitérées par des caillots qui se prolongeaient jusque dans les plexus vésicaux et prostatiques gorgés de pus.

OBSERVATION XI. — (*Voillemier*).

(rapportée par Guiard
dans le même ouvrage que l'observation précédente.)

Le sujet de Voillemier présenta pendant la vie une érection persistante et complète.

A l'autopsie, on trouva, oblitérées par les caillots, non seulement les veines caverneuses mais aussi la veine dorsale de la verge.

OBSERVATION XII. — (*Gouriet*).

(*Gazette des hôpitaux* 1860)

X..., âgé de 26 ans, d'une constitution chétive, d'un tempérament lymphatique très prononcé, a eu des rapports sexuels le 6 octobre 1859. Le 8, il s'aperçoit d'un léger écoulement blanc.

Le 10, quelques picotements se font sentir le long de la verge ; l'émission de l'urine devient douloureuse ; l'écoulement est plus abondant et perd sa couleur pâle pour devenir d'un jaune foncé.

Le 13 ces symptômes se sont aggravés : en même temps la verge devient œdémateuse et acquiert un volume assez considérable.

X. n'a pas cessé de se livrer à des travaux de carrosserie qui exigent qu'il soit le plus souvent debout et penché ; il n'a pris que quelques bains.

L'enflure augmente encore ; bientôt le gland ne pourra être mis à découvert.

Le 17 la verge a pris un volume énorme ; elle est recourbée ;

mais au lieu d'avoir la concavité tournée en bas comme dans le cas d'uréthrite cordée elle a sa concavité tournée directement en haut. La peau tendue, luisante a conservé sa couleur normale le long de sa face supérieure : les deux faces latérales et l'inférieure sont rouges, enflammées, douloureuses au toucher, très dures et très résistantes.

Quand le malade parvient après de grands efforts à rejeter un peu le prépuce en arrière, on peut voir dans sa rainure, à gauche du frein, une tumeur de la grosseur d'une aveline, bleuâtre et paraissant formée en grande partie par des vaisseaux veineux ; on en distingue quelques-uns de très développés qui rampent à la surface.

Traitement. — Quinze sangsues au périnée, repos au lit, diète, deux cuillerées par jour de potion de Chopart.

Le 18, souffrances moins vives ; il existe un état saburral très prononcé : 60 grammes de sulfate de magnésie.

Le 20, plus de douleurs en urinant, mais douleurs lancinantes beaucoup plus intenses à la face inférieure de la verge, où l'on constate la présence d'une tumeur plus considérable. La fièvre jusqu'alors modérée, devient très violente. Les nuits se passent dans l'agitation et le délire. Bains de siège, cataplasmes émollients arrosés de laudanum.

Le 22. fluctuation à la face inférieure de la verge, vers l'union de son tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, et au centre de la tumeur volumineuse. Une ponction faite en dehors de la ligne médiane, pour ne pas blesser l'urèthre, donne issue à quatre cuillerées à bouche d'un pus phlegmoneux très bien lié : cataplasmes. Les jours suivants, il s'écoule par l'ouverture une grande quantité de pus et de sang.

Les douleurs ont diminué, mais existent toujours ; au pourtour de l'ouverture il existe une très vive sensibilité : ponctions avec une pommade contenant de l'extrait de belladone et de l'iodure de potassium. Le gonflement diminue très lentement.

Le 10 novembre le malade reprend son travail ; le petit pertuis donne encore de la sérosité : il se ferme quelques jours après et on ne trouve dans son voisinage qu'un très léger empâtement qui disparaît à son tour.

Quant à l'écoulement, il n'existait plus dès les premiers jours de novembre.

Observation XIII. *(Cortin et Jacoulet).*

(Thèse de Paris, 1909).

B. étudiant en médecine, 22 ans.

Le 11 mai 1908 coït suspect et le 15 mai, apparaissent les premiers symptômes d'un uréthrite blennorrhagique typique : le malade à une sensation de brûlure dans le canal et la pression exercée sur l'urèthre d'arrière en avant ramène au méat une goutte de pus.

Les jours suivants, les phénomènes locaux s'accentuent, la douleur à la miction est très vive, l'écoulement purulent est très abondant. En même temps, apparition de phénomènes généraux, fièvre, frissons, malaise général qui obligent le malade à garder le lit.

Le 26 mai le malade ressent de vives douleurs au niveau de la racine de la verge, à la fin de la miction qui est toujours extrêmement douloureuse. apparition de quelques gouttes de sang.

Le 28 mai c'est-à-dire 18 jours après le début de l'uréthrite, apparition d'un œdème de la verge sur lequel le malade attire notre attention. Cet œdème a débuté au prépuce : mais il a gagné progressivement la racine de la verge ; il est impossible de découvrir le gland.

Cet œdème est assez mou, peu douloureux. La peau présente sa coloration normale et on ne voit pas de traînées lymphangitiques ; il n'y a pas d'adénite inguinale.

Le 29 mai, à la face dorsale de la verge, sur la ligne médiane et sur un trajet correspondant à celui de la veine dorsale superficielle de la verge apparaît un cordon induré qu'il est facile de palper à travers la peau œdématiée. Ce cordon induré qui est évidemment constitué par la veine thrombosée, est mobile sur les plans profonds, peu douloureux. A la face inférieure de la verge où l'œdème est moins marqué, on voit des veines disten-

dues, saillantes, mais ne donnant pas la sensation de cordon induré.

Le traitement consiste en repos au lit, pansements humides et chauds, bains de verge.

Le 30 mai, les mêmes symptômes persistent : l'uréthrite est toujours aussi intense avec quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Le 31 mai il se produit une amélioration notable ; l'abondance de l'écoulement est moindre ; les douleurs sont tolérables.

L'œdème de la verge a diminué, il s'est localisé au prépuce. Celui-ci ne peut être ramené en arrière du gland ; en examinant soigneusement l'orifice préputial, on voit une petite ulcération lenticulaire et peu profonde.

Par contre on sent toujours un cordon induré à la face dorsale de la verge.

Les jours suivants, l'amélioration persiste.

Le 7 juin il se produit une nouvelle poussée d'uréthrite ; l'écoulement devient plus abondant, les douleurs reparaissent.

En même temps l'œdème augmente et s'étend à toute la verge. A aucun moment on ne note d'adénite inguinale.

Le 10 juin, ces phénomènes s'amendent. L'œdème disparaît progressivement mais il persiste encore un cordon induré médian. L'orifice préputial est toujours un peu ulcéré. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'uréthrite s'améliore notablement et on peut espérer une guérison complète et prochaine. Connaissant le travail récent de Payenneville sur les phlébites et les thrombo-phlébites blennorrhagiques des veines de la verge, nous avons pu porter sans peine chez notre malade le diagnostic de phlébite de la veine dorsale de la verge.

Il ne s'agissait évidemment pas d'œdème lymphangitique de la verge ; l'absence de toute rougeur de la peau, l'absence des traînées lymphangitiques, d'adénite inguinale militaient contre le diagnostic de lymphangite. Au contraire, l'apparition d'un œdème blanc peu douloureux, ayant débuté par l'extrémité de la verge, l'existence d'un cordon induré à la face dorsale de l'organe sur le trajet de la veine dorsale étaient des signes nettement en faveur de la phlébite.

Observation XIV. — *Pr Tédenat.*

(Archives générales de chirurgie t. IV. n° 8 1909.

Tédenat et Martin. — Inflammations gangreneuses du pénis, page 709).

Pierre C... 25 ans, entre à l'hôpital suburbain salle Buisson n° 5, le 3 mai 1897.

Constitution moyenne, fièvre typhoïde à 18 ans, bonne santé habituelle. Blennorrhagie à 20 ans, peu intense et soignée uniquement par le copahu, le santal, sans injections. L'écoulement a duré pendant 5 mois. Il y a 3 mois, blennorrhagie aiguë, très douloureuse, avec écoulement abondant.

Rapide amélioration dès le quinzième jour par des injections avec une solution de permanganate de potasse et les capsules de copahu. L'écoulement était réduit au bout de cinq ou six semaines à une petite goutte matinale, quand à la suite de trois coïts dans la même soirée, surviennent des besoins fréquents d'uriner, avec chaleur et pesanteur dans le rectum, sans hématuries, sans augmentation notable de l'écoulement.

M Tédenat vit le malade dans son cabinet le 20 avril 1897, les accidents durant depuis trois jours ; la miction se fait cinq ou six fois par heure, très pénible et douloureuse avec des arrêts.

Au toucher rectal, la prostate est notablement tuméfiée avec des nodules durs, très sensibles à la pression. Il conseille régime lacté, repos, bain de siège trois fois par jour, lavement chaud matin et soir, suppositoires morphinés.

24 avril. — Amélioration progressive. Le 27 avril, les mictions sont encore fréquentes, moins pénibles. Sur le conseil d'un ami, le malade en état de demi-érection depuis deux ou trois jours pratique le coït. Il éprouve une violente douleur qu'il compare à une déchirure profonde. Il rend du sang avec l'urine et la verge se met en état d'érection permanente. Douleurs pulsatiles dans le rectum et le périnée, mictions très pénibles. Appelé auprès du malade le 30 avril dans la soirée

M. Tédenet constate l'état de priapisme, augmentation du volume de la prostate très tendue avec des nodules durs ; œdème périprostatique. Il conseille des bains de siège très chauds. Six sangsues sont appliquées sur le périnée et donnent une amélioration notable (2 mai).

Le 3 mai dans la matinée, dans un effort de défication, douleurs violentes dans le rectum et la verge toujours en état de priapisme, lequel augmente. Les deux corps caverneux sont très durs, volumineux et comme injectés, la verge est redressée vers le ventre. Le pouls est à 100, la température à 38° 8.

M. Tédenat conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

4 mai.— Le malade n'a pu uriner depuis hier lundi. Une sonde molle à béquille n° 16 passe sans difficulté et donne issue à 500 grammes d'urine, sans pus. La prostate toujours très tuméfiée est le siège d'élancements, de douleurs pulsatiles.

Le lobe gauche présente un noyau mou, saillant, du volume d'une noix. La verge est rouge et œdématiée, en état de priapisme, avec tuméfaction diffuse des corps caverneux, très durs dans toute leur longueur. La température axillaire est 39° le pouls à 100.

Après irrigation abondante du rectum avec une solution chaude de borate de soude, le malade est anesthésié. M. Tédenat incise par voie rectale l'abcès du lobe prostatique. Le malade est soulagé dans la soirée, la température tombe à 38° 4, le pouls à 100°. L'état de la verge n'a pas changé.

Il s'écoule environ 200 grammes de pus très fétide, mêlé de caillots sanguins. La sonde est laissée à demeure, une irrigation rectale chaude est pratiquée toutes les quatre heures.

5 mai. — Même état. Température 38° 2 le matin, 39° le soir, pouls 100 le matin et 120 le soir.

Elancement douloureux dans toute la verge et le creux ischio-rectal gauche. Verge énorme par œdème et augmentation de volume des corps caverneux. On sent leur racine avec le volume du doigt. Compresses humides sur le bas-ventre, la verge et la racine des cuisses.

6 mai. — Elancements dans la verge, le périnée température 38° 8, pouls 100 le matin, après anesthésie, M. Tédenat fait sur le flanc gauche et droit de la verge une incision de quatre centimètres, l'albuginée est très épaissie, sérosité abondante dans les plans sous-cutanés. Des mailles des corps caverneux, une pression modérée exprime du sang noir, poisseux avec des stries de pus et quelques rares et menus caillots sanguins.

. Incision de trois centimètres sur chaque portion périnéale des corps caverneux distendus. Même sang poisseux, noir, strié de pus. Drains dans les quatre incisions. Enveloppements avec des compresses trempées dans une solution faible de lysol. Dans la soirée le malade se sent beaucoup mieux ; les battements douloureux ont presque disparu ; la température reste à 38° 4 le pouls est à 100. Lait. 0,50 de quinine.

Irrigation rectale toutes les quatre heures.

7 mai. — Le malade a dormi plusieurs heures cette nuit. Il souffre peu. L'œdème et la tension du pénis ont beaucoup diminué ; matin température 37° 5 pouls 80 ; soir 38° 1 pouls 86. Irrégation des incisions ; il s'écoule du pus sanguinolent et des débris de tissu. Enveloppement large avec des compresses imbibées de solution faible de lysol.

Irrigation répétée le soir. Lait. quinine.

8 mai. — Le toucher rectal montre une diminution sensible du volume de la prostate, la suppuration est très réduite. Il ne paraît pas s'y faire d'autres abcès.

Il y a encore de l'œdème dur périprostatique. Les irrigations rectales chaudes sont faites matin et soir. Les plaies d'incision des corps caverneux donnent du pus peu abondant avec des débris des corps caverneux.

L'œdème des plaies superficiel à diminué beaucoup ainsi que la rougeur. La verge n'est plus qu'en demi-érection, les incisions sont badigeonnées avec de la glycérine iodée à 1/50. Température 37-8 et 38-3 pouls 80-100. La sonde uréthrale est enlevée et le malade urine dans la journée, toutes les heures environ, avec cuisson, mais sans efforts pénibles. Mêmes pansements.

9 mai. Le malade souffre peu. Il urine toutes les deux ou trois heures avec une légère cuisson. La tuméfaction de la verge est en décroissance ; pus et débris du tissu érectile, température 37° 6 et 38° 1 pouls 70-90. Même traitement.

12 mai. Amélioration rapide. La prostate a subi une diminution très notable de volume et ne suppure presque plus. L'élimination du tissu caverneux continue, presque sans pus. Turgescence du pénis bien diminuée ; température et pouls 37°, 37° 8, 80-81, mictions faciles, urines claires avec des filaments. Même traitement. Irrigation rectale chaude matin et soir, badigeonnage des plaies avec glycérine iodée à 1/50.

15 mai. Tuméfaction bien diminuée soit à la prostate soit à la verge qui ne présente plus que de l'œdème mou ; les corps caverneux se ratatinent. Suppuration insignifiante. Les drains sont enlevées.

20 mai. Cicatrisation complète avec léger œdème à la racine de la verge, et au prépuce.

Le malade quitte l'hôpital le 28 mai ; à travers les plaies externes on sent les corps caverneux atrophiés, irrégulièrement noduleux. M. Tédenat a eu l'occasion de revoir Pierre C. La fonction urinaire est normale ; des irrigations uréthrales avec du sublimé à 1/3000, avec du sulfate de cuivre à 1/2000. Des instillations de protargol ont fait disparaître les filaments.

Il n'y a que de vagues et imparfaites érections avec déviation de la verge à droite et en bas. Le coït est à peu près impossible (août 1899).

CONCLUSIONS

I. — La blennorrhagie, maladie générale, peut déterminer dans les veines de la verge les lésions de la phlébite.

II. — Cette complication est relativement assez rare.

III. — Son apparition se fait habituellement à la suite de l'extension du processus infectieux de l'urèthre antérieur jusqu'à l'urèthre postérieur ou aux organes annexes.

IV. — La propagation du gonocoque à la vessie se fait soit par l'intermédiaire des lymphatiques de la verge, soit directement par la voie sanguine.

V. — Son histoire anatomo-pathologique est encore à faire.

VI. — Caractérisée par les symptômes de la phlébite en général, elle est d'un pronostic bénin, pour la phlébite des veines superficielles, un peu plus sérieux pour celle

des veines profondes et caverneuses qui a pu être suivie exceptionnellement de gangrène de la verge.

VII. — Le diagnostic différentiel avec la lymphangite reposera sur l'aspect injecté de la verge et la présence d'un cordon induré plus limité que dans la lymphangite et par l'absence habituelle de réaction ganglionnaire.

Le traitement consistera surtout dans le repos, dans des enveloppements humides et ouatés, dans les cas de vives douleurs on ordonnera l'application d'onction avec des pommades à base de belladone et chlorhydrate de cocaïne.

Vu :
Le Président de la thèse,
E. GAUCHER.

Vu : *le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Balzer. — Maladies vénériennnes, in traité de médecine, Brouardel et Gilbert, 2me édition.

Batut. — Gangrène du gland du prépuce et de l'urèthre antérieur, consécutive à une phlébite blennorrhagique des corps caverneux. Lyon Médical, 1900.

Faure. — Beaulieu. La septicémie gonococcique prouvée par la constatation du gonocoque dans le sang circulant. Thèse Paris, 1906.

Guiard. — Complications locales et générales de la blennorrhagie. Paris, 1898.

Jullien. — La blennorrhagie (formes rares et peu connues). Paris, 1906.

Oettinger. — Des phlébites, in Traité de médecine Charcot et Bouchard 2me édition, 1902.

Poirier. — Traité d'anatomie, article de Delbot, organes génitaux de l'homme.

Sasserath. — Phlébitis gonorrhoica. Diss. méd. Berlin, 1904.

Voss. — Trombo-phlébitis gonorrhoica. Dermat. Zeitsch. Berl. 1905.

Garnier. — Blennorrhagie et gangrène des organes génitaux externes. Thèse de Lyon, 1000-1901.

Harlau. — Lancet clinique. Cincinnati, 1907.

Testut. — Traité d'anatomie descriptive.

Testut et **Jacob.** — Traité d anatomie topographique.

Denis (G.). **Zesas.** — Archives générales de Chirurgie. 25 juillet, 1909. La phlébite blennorrhagique.

Caraès. — La phlébite des membres. Thèse, Paris, 1901.
Payenneville. — Annales des organes génito-urinaires, 1908.
Dieulafoy. — Communication à l'Académie de Médecine, 1909.
Cortin. — Thèse de Paris (1909).